NOTE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

Né à Beaucourt (Haut-Rhin), le 6 janvier 1845.

I

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—

1889

à Monsieur le Dr Empis
membre de l'Académie de médecine
hommage respectueux
Paul Berger

NOTE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

SCEAUX. — IMPRIMERIE CHARAIRE ET FILS

NOTE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

Né à Beaucourt (Haut-Rhin), le 6 janvier 1845.

PARIS

G. MASSON, EDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1889

NOTE SUR LES TITRES

ET LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE Dr PAUL BERGER

I. — TITRES OBTENUS AU CONCOURS

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris (Section de chirurgie); nommé premier au concours, 1875.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris; nommé premier au concours, 1877.

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, 1874.

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, 1871.

Interne des Hôpitaux, 1867.

Externe des Hôpitaux, 1866.

PRIX

Hôpitaux de Paris. concours des prix de l'internat en médecine; 1re division : Prix : médaille d'or; 1871.

Concours des prix Monthyon à l'Académie des Sciences : mention de 1,500 francs ; 1887.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Chevalier de la Légion d'honneur. Officier d'Académie.

II. — FONCTIONS REMPLIES

§ 1er. — Enseignement.

3 ans de fonctions comme aide d'anatomie.

3 ans de fonctions comme prosecteur.

6 ans comme agrégé en exercice.

Rappelé à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation, en 1886.

Rappelé à l'exercice en remplacement de M. le professeur Verneuil, pendant l'année scolaire 1888-1889.

Cours libre de pathologie externe, professé à l'École pratique (maladies de l'abdomen et du rectum, 1874-1875).

Cours libre de pathologie externe, professé avec l'autorisation de la Faculté dans le petit amphithéâtre de l'École de médecine (Pathologie générale chirurgicale, 1875-76).

Cours de pathologie externe, professé dans le grand amphithéâtre de la Faculté, pendant l'intérim de MM. les professeurs Trélat et Duplay (Novembre, décembre 1880).

Cours complémentaire de pathologie externe, professé dans le petit amphithéâtre de la Faculté (Semestre d'été, 1881).

Remplacement de M. le professeur Gosselin pendant les vacances dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité (1878, 1883).

Cours de clinique chirurgicale, professé en remplacement de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital de la Charité (Novembre 1882, juillet 1883).

Participation à l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire, comme aide d'anatomie et prosecteur.

Participation aux examens et aux actes de la Faculté comme agrégé en exercice ou rappelé à l'exercice.

Secrétaire du jury du Concours pour l'agrégation (Section de chirurgie), 1883.

Je rappellerai que, depuis l'année 1877, j'ai pris la direction d'une conférence dont le but est l'étude en commun des principales questions de pathologie et de thérapeutique chirurgicales, et la préparation aux concours de l'agrégation en chirurgie et du bureau central. Je citerai seulement, comme ayant été les membres de cette conférence, MM. Reclus, Bouilly, Peyrot, Jalaguier, Brun, Segond, Quénu, Nélaton, Ricard, Poirier, agrégés et chirurgiens des hôpitaux, MM. Félizet, Prengrueber, G. Marchant, Picqué, Michaux, chirurgiens des hôpitaux, M. le professeur Dubar (de Lille), MM. Gangolphe (de Lyon) et Villar (de Bordeaux), agrégés, M. le Dr Jullien, chirurgien de Saint-Lazare.

§ 2. — Hôpitaux.

Externe, 1866.
Interne, 1867, 1873.
Chirurgien du bureau central, 1877-1882.
Chirurgien de l'hospice des Incurables, 1879-1882.
Chirurgien de l'hôpital de Lourcine, 1882.
Chirurgien de l'hospice de Bicêtre, 1883, 1884, 1885.
Chirurgien de l'hôpital Tenon, 1886, 1887.
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière, 1888, 1889.

§ 3. — Service militaire.

Médecin aide-major de 1re classe au 3e bataillon du 1er régiment des gardes nationales mobiles de la Seine, 1870-1871.

Médecin aide-major de 2e classe de l'armée territoriale, le 19 octobre 1879.

Médecin-major de 2e classe de l'armée territoriale, le 15 mai 1884.

Médecin-major de 1re classe de l'armée territoriale le 5 juillet 1886.

§ 4. — **Fonctions diverses.**

A. Rapporteur des comités d'admission et d'installation de la classe 14, à l'Exposition Universelle de 1889.

Rapporteur du Jury des récompenses, pour la même classe.

B. Chirurgien du Lycée Lakanal.

C. Chirurgien de Hertford British Hospital.

III. — SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre titulaire de la Société de chirurgie de Paris, depuis 1878.

Membre honoraire (ancien vice-président) de la Société anatomique.

Vice-président de la Société clinique.

Correspondant de l'Académie de médecine de Rio de Janeiro (Brésil).

Correspondant de la K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, etc , etc...

Collaborations.

Revue des sciences médicales. — Direction de la partie chirurgicale de cette revue depuis sa fondation, 1873.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Revue de chirurgie.

France médicale (Direction de ce journal pendant les années 1873-1878), etc., etc...

IV. — PUBLICATIONS ET TRAVAUX

§ 1er. — Pathologie générale chirurgicale.

1. — *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques.* (Thèse présentée au concours pour l'agrégation. section de chirurgie. — Paris, Masson, 1875.)

Dans cette thèse sont recueillis et analysés la plupart des documents parus jusqu'alors sur cette importante question qui a pris, sous l'influence des travaux de M. Verneuil et de ses élèves, un tel développement. Les rapports du traumatisme avec le rhumatisme, la goutte, le cancer, la scrofule, l'herpétisme, la syphilis, le paludisme, l'alcoolisme, le diabète, l'albuminurie, la leucocythémie, le scorbut, y sont étudiés et décrits. La conclusion principale qui se dégage de ce travail, conclusion conforme de tous points aux idées de M. Verneuil, est que la réaction des maladies constitutionnelles sur les lésions traumatiques, sans être absolument constante, se traduit en général soit en imprimant à la marche de la lésion traumatique un cachet spécial qui rappelle les manifestations spontanées de la maladie dont est atteint le blessé, soit en arrêtant le travail réparateur d'une manière plus ou moins complète, si le malade qui est sous l'influence d'une maladie constitutionnelle est arrivé à un état de cachexie véritable.

2. — *Sur l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 361; 2 mai 1883.)

Observations cliniques suivies de réflexions touchant l'influence que le traumatisme, et particulièrement le traumatisme opératoire, exerce sur l'évolution de certaines diathèses, telles que la diathèse tuberculeuse et la diathèse cancéreuse; — l'action qu'il exerce sur la marche de certaines lésions affectant des viscères importants, tels que le foie et les reins; — l'aggravation de la glycosurie et des troubles qu'elle entraîne dans le diabète.

3. — *Observations nouvelles pour servir à l'étude de l'influence réciproque du rhumatisme et des lésions traumatiques.* (*France médicale*, p. 749; 1876.)

4. — *Rapport sur un travail de M. le Dr Reynier, intitulé : De la valeur pronostique du réflexe rotulien dans le diabète au point de vue chirurgical.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIII, p. 444; juillet 1887.)

5. — *Traumatisme et grossesse.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 97; 1er février 1888.)

C'est l'observation d'une jeune femme enceinte de sept mois, atteinte d'un ostéo-sarcome du fémur à marche rapide, qui nécessita l'amputation sous-trochantérienne. Quoique les suites de l'opération eussent évolué sans fièvre et sans complication d'aucune espèce, l'opérée accoucha d'un enfant vivant, 18 jours après l'amputation dont la guérison était déjà complète. L'enfant vécut deux mois, puis mourut d'athrepsie; la mère succomba un an après à une généralisation de la tumeur. Ce fait s'ajoute à d'autres qui prouvent qu'il n'est pas nécessaire que l'acte opératoire se complique de fièvre ou d'un état septique, pour qu'il interrompe le cours de la grossesse.

6. — *De la transmissibilité du tétanos traumatique de l'homme à l'homme.* (*Communication à l'Académie de médecine*, séance du 19 juin 1888; — *rapport de M. Verneuil.* — *France médicale*, p. 866, 21 juin 1888.)

Le point de départ de ce travail est une double observation dans laquelle la transmission du tétanos d'un malade de mon service à un blessé du service de M. le Dr Charles Nélaton a pu être suivie et mise hors de doute. En examinant et analysant avec soin, à ce propos, les différents cas de tétanos traumatique que j'ai eu l'occasion d'observer, je suis arrivé à reconnaître qu'ils accusaient tous la nature infectieuse de cette complication des plaies, et qu'ils pouvaient même être invoqués à l'appui des idées émises par M. Verneuil sur l'origine équine de sa transmission.

Cette communication a été l'objet d'un important rapport, dans lequel M. Verneuil a développé sa doctrine en l'appuyant sur les faits

multipliés qui lui ont été communiqués à cette occasion, et sur l'examen approfondi de ceux qui avaient été antérieurement publiés. On se souvient de la discussion qu'a soulevée, dans le sein de l'Académie, la lecture de ce rapport.

7. — *Traitement du tétanos traumatique.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 614; 4 octobre 1882.)

Communication de deux cas de tétanos traumatique grave, l'un suivi de mort, l'autre de guérison obtenue par la désarticulation immédiate du coude (il s'agissait d'une plaie par un coup de feu à la main). L'opération fut suivie de la suppression des attaques généralisées et des spasmes discontinus, mais la contracture du tronc et le trismus persistèrent encore plusieurs semaines.

---

8. — *Sur la pourriture d'hôpital.* (*Revue des sciences médicales*, t. VI, fasc. 2, p. 613; 1875.)

9. — *Gangrène du pied par embolie.* (*France médicale*, XXIXe année, t. I, p. 795; 10 juin 1882.)

---

10. — *De l'observation du réflexe palpébral dans l'anesthésie chloroformique.* Note de M. P. Berger présentée par M. Gosselin. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XCIII, p. 971; séance du 5 décembre 1881.)

J'insiste dans ce travail sur l'importance de l'exploration de la sensibilité cornéenne au cours de l'anesthésie chloroformique. Le réflexe palpébral (clignement) dû à l'attouchement de la cornée est l'un des derniers réflexes qui disparaissent; lorsqu'il fait défaut on peut être sûr que, dans l'immense majorité des cas, l'anesthésie et la résolution musculaires sont complètes et on peut suspendre momentanément l'inhalation du chloroforme. Le retour de ce réflexe est le premier signe qui indique le commencement du réveil. La constatation de ce caractère permet donc de s'assurer que le patient est arrivé à la période de tolérance anesthésique ou qu'il est sur le point d'en sortir.

11. — *Sur les altérations du chloroforme.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 902; 21 décembre 1881.)

J'ai cru devoir signaler les conditions défectueuses dans lesquelles le chloroforme est conservé dans les services de chirurgie des hôpitaux, conditions telles que le chloroforme, suffisant pour obtenir une anesthésie sans danger, lorsqu'il vient d'être livré par la pharmacie centrale, est souvent dans un état d'altération prononcée qui se traduit par une odeur spéciale et par des troubles physiologiques plus ou moins graves dont sont atteints les malades, lorsqu'on l'administre pour une opération. J'insiste sur la nécessité de ne délivrer le chloroforme rectifié pour l'anesthésie chirurgicale, que dans des flacons de très petites dimensions en verre opaque, bien bouchés, et employés tels qu'ils sont déposés dans les services, sans qu'on cherche jamais, à les remplir à nouveau sans les avoir vidés complètement et lavés, lorsque le chloroforme qu'ils contiennent commence à s'épuiser.

12. — *Anesthésie par le bromure d'éthyle.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 231; 7 avril 1880.)

13. — *Anesthésie par le bromure d'éthyle.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 320; 19 mai 1880.)

Relations d'expériences et d'observations cliniques très peu favorables à l'emploi chirurgical de cette substance comme anesthésique général. La période de tolérance est très courte et souvent elle est précédée d'une agitation violente.

---

14. — *Sur le traitement des lymphadénomes par l'arsenic.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV; 20 novembre 1889.)

A l'occasion d'une discussion qui s'est élevée sur ce sujet à la Société de chirurgie, je rapporte plusieurs observations dans lesquelles des tumeurs lymphadéniques du cou ou de l'aisselle ont pu être améliorées ou même guéries, par l'administration de l'arsenic à hautes doses.

---

15. — *La transfusion du sang.* (Revue générale parue dans la *Revue des sciences médicales*, IVe année, t. VII, 1875; p. 356.)

16. — *La transfusion du sang en Allemagne et en Italie.* (*France médicale*, p. 357, 1874.)

17. — *Le pansement à l'iodoforme.* (Revue générale parue dans la *Revue des sciences médicales*, XIe année, t. XXI, 1882, p. 738.)

---

§ 2. — Amputations, résections.

J'ai cherché à faire connaître une amputation, la plus élevée et la plus étendue que l'on puisse pratiquer sur le membre supérieur; je me suis attaché à montrer quelle place elle devait occuper dans la thérapeutique chirurgicale et quels services on pouvait en attendre, dans un certain nombre de travaux et de communications dont voici l'indication :

18. — *L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc* (*Amputation interscapulo-thoracique*). (Paris, Masson, 1887, gr. in-8°, 380 pages, avec figures dans le texte et 2 planches. — Ouvrage auquel l'Académie des Sciences a décerné une mention de 1,500 francs au concours des prix Monthyon, en 1887.)

Dans cette monographie, la seule qui ait paru jusqu'à présent sur cette opération, j'ai cherché à déterminer rigoureusement les résultats de l'amputation interscapulo-thoracique, de préciser ses indications, et de poser les règles de son exécution. — Pour y arriver, j'ai recueilli et reproduit toutes les observations dont j'ai trouvé la trace dans la littérature médicale, et j'y ai joint la relation d'un fait personnel dans lequel je pus, par cette opération, débarrasser d'un enchondrome pesant 33 livres, un sujet qui, au bout de quatre ans, vit encore et mène une existence active.

En étudiant les résultats qu'a donnés cette opération jusqu'à ce jour, je passe en revue les divers accidents (hémorragie, entrée de l'air dans les veines, shock traumatique, etc.) qui ont été observés dans son exécution ou à suite, et je crois pouvoir établir que la mortalité relativement assez faible dont elle est suivie ($^1/_5$), peut encore être notablement réduite

par les perfectionnements apportés à sa technique et les progrès réalisés dans l'art des pansements. Quant aux récidives que l'on observe encore avec une redoutable fréquence lorsqu'elle est pratiquée pour des tumeurs malignes du squelette, elles sont pourtant moins communes que celles qui, dans les affections de cette nature, se produisent lorsqu'on a eu recours à une opération plus ménagée ou partielle, comme la résection ou l'amputation du scapulum.

Je signale, dans le chapitre relatif aux indications, sur quels éléments on doit baser l'intervention chirurgicale et le choix de l'opération, dans les traumatismes de la région scapulaire et dans les tumeurs qui se développent dans le squelette de cette région; après avoir comparé, au point de vue de sa gravité et des récidives auxquelles elle donne lieu, l'amputation interscapulo-thoracique aux autres opérations que l'on peut mettre en balance avec elle, j'arrive à conclure:

Qu'en cas de lésion traumatique de l'épaule, broiements, arrachements, l'indication résulte bien plus des désordres des parties molles que des lésions du squelette;

Qu'en cas de tumeurs de l'omoplate, l'amputation interscapulo-thoracique doit être pratiquée dans tous les cas où la résection de cet os ne peut être faite ou exposerait à trop de chances de récidive;

Qu'en cas de tumeurs de l'humérus, l'ablation totale du membre avec l'omoplate doit être pratiquée dans tous les cas où la désarticulation de l'humérus ne peut suffire.

Enfin, le manuel opératoire de l'amputation interscapulo-thoracique a été l'objet de recherches d'amphithéâtre multipliées qui, grâce au concours de M. Farabeuf, m'ont permis de fixer les règles de cette opération avec une grande précision. Ce qui ressort de ces recherches et de l'analyse des opérations pratiquées sur le vivant, c'est que la ligature de l'artère et de la veine sous-clavière, pratiquée après la résection de la partie moyenne de la clavicule, doit toujours constituer le premier acte de l'opération et, en quelque sorte, comme une opération préliminaire au début de l'amputation.

---

19. — *Ablation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc. (Amputation interscapulo-thoracique). (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N.-S., t. IX, p. 656; 1er août 1883.)

Présentation d'un opéré.

20. — *De l'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc : manuel opératoire. (Congrès français de chirurgie;* 2e session, 1886 ; p. 498.)

Cette communication a trait au manuel opératoire de l'amputation interscapulo-thoracique, tel que nous l'avons établi, M. Farabeuf et moi, sur la discussion des faits cliniques publiés et sur nos recherches sur le cadavre. Cette communication se trouve dans le volume que j'ai fait paraître sur cette opération.

21. — *Rapport sur une observation d'amputation interscapulo-thoracique communiquée par M. le docteur Jeannel. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIII; 27 juillet 1889.)

22. — *Rapport sur une observation de M. le professeur Van Iterson (de Leyde) intitulée : Ostéo-Sarcome de l'humérus; amputation interscapulo-thoracique; guérison. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIV, p. 481 ; 13 juin 1887.)

Dans ce fait comme dans celui qu'a rapporté M. le D. Jeannel, l'amputation totale du membre supérieur a été pratiquée en se conformant aux règles que j'ai données pour l'exécution de cette opération.

23. — *Résection du coude; présentation du malade. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XI, p. 650 ; 24 novembre 1880.)

24. — *De la désarticulation de la hanche. (Revue des sciences médicales,* t. XI, fasc. I ; 15 avril 1878.)

25. — *Sur l'opération Wladimiroff-Mikulicz. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XV, p. 187 ; 27 février 1889.)

26. — *Sur la résection ostéo-plastique du cou-de-pied, dite opération de Wladimiroff-Mikulicz, à l'occasion d'une présentation de malade faite par*

M. le Dr Chaput. (Ibid., p. 338, 24 avril 1889, — et Paris, G. Masson, 1889, avec une figure.)

Ces deux communications ont trait à une résection peu pratiquée jusqu'à présent et même peu connue en France. La dernière est une monographie succincte où l'opération en question est étudiée au point de vue de ses résultats, de ses indications et de son manuel opératoire ; ce travail est fondé sur l'examen de la plupart des faits publiés à l'étranger, et sur deux opérations nouvelles, l'une personnelle, l'autre due à M. le Dr Chaput.

L'opération de Wladimiroff-Mikuliez, qui consiste dans la résection du cou-de-pied, de l'extrémité inférieure des os de la jambe et d'une étendue plus ou moins considérable du tarse, en conservant l'avant-pied que l'on met bout à bout avec le squelette de la jambe, de manière à transformer l'opéré en un *digitigrade*, cette opération, malgré le nombre assez notable d'insuccès qu'elle compte, malgré les cas assez fréquents de récidive de l'affection pour laquelle elle avait été pratiquée, semble destinée à agrandir le cadre des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le cou-de-pied. Elle y a sa place marquée à côté de la résection tibio-tarsienne et de l'amputation ostéo-plastique de M. Le Fort.

Pour ce qui est des procédés opératoires, j'ai été amené à mettre en usage et à proposer un mode opératoire nouveau, par lequel on conserve les parties molles du talon, les vaisseaux et nerf tibiaux postérieurs que l'on sacrifiait inutilement dans les procédés primitivement employés. Ce mode opératoire est d'une exécution aussi facile et plus sûre que l'ancien, et son résultat ne présente sur ce dernier aucune infériorité au point de vue de la forme.

27. — *Amputation ostéo-plastique du pied par la méthode de M. Le Fort. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 352; 25 avril 1888.)

Pour fixer le calcanéum au plateau tibial, je me suis servi dans ce cas (comme je l'avais déjà fait, à la suite de la résection tibio-tarsienne) d'une longue cheville en os de veau, parfaitement aseptique, que j'ai retirée au bout de quatre semaines. Elle était déjà le siège d'un travail de résorption, manifesté par l'érosion de toute sa surface.

28. — *Résection tibio-tarsienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 639; 18 juillet 1888.)

Il s'agit encore d'un cas de résection dans lequel le calcanéum fut cloué au tibia au moyen d'une longue cheville d'os de veau aseptique. Cette cheville fut retirée au bout de deux mois, alors que la consolidation était complète; sa surface était érodée.

29. — *Sur le traitement du pied bot congénital chez les enfants.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIII, p. 701; 30 novembre 1887.)

Présentation d'un jeune garçon qui avait subi l'extirpation de l'astragale des deux côtés, pour remédier à un double pied bot congénital ayant résisté à la section des tendons d'Achille et des aponévroses plantaires. Ce cas démontre que, même chez les enfants, on peut être contraint de recourir à une opération chirurgicale (extirpation de l'astragale, tarsectomie postérieure) pour corriger des difformités très prononcées, et que l'on peut attendre d'elle un excellent résultat au point de vue du redressement du pied et au point de vue de ses fonctions.

---

§ 3. — **Autoplasties.**

30. — *Blépharoplastie par la méthode italienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, page 203; 17 mars 1880.)

31. — *Ectropion considérable de la paupière inférieure. Greffe par transplantation d'un lambeau taillé dans la peau du dos combiné avec la blépharorraphie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 678; 27 juillet 1881.)

32. — *Transplantation d'un lambeau cutané pris sur la jambe gauche et laissé adhérent 23 jours à son point d'implantation, sur l'extrémité d'un moignon d'amputation de la jambe droite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 135; 22 février 1882.)

33. — *Réparation d'une perte de substance du talon au moyen d'un lambeau pris sur la jambe opposée et laissé adhérent à son pédicule jusqu'au 24e jour :* Lecture et présentatien de malade. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XV, p. 838; 22 juin 1886. — Veir aussi *Gazette hebdomadaire*, numéro du 25 juin 1886, p. 428.)

34. — *Rapport sur deux observations d'autoplastie par la méthode italienne modifiée, communiquées par M. le Dr Poncet (de Lyon).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 29, 4 janvier 1888, et Paris, Masson, 1888.)

35. — *L'autoplastie par la méthode italienne modifiée.* (*Communication à l'Académie de médecine*, septembre 1887, et *France médicale*, septembre 1887. — Paris, Delahaye et Lecresnier, 1887.)

36. — *Deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée.* (*Communication à l'Académie de médecine*, séance du 15 octebre 1889, et *France médicale*, n° 123, 1889. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889; avec figures.)

37. — *L'autoplastie par la méthode italienne modifiée, indications, technique opératoire et résultats.* (*Congrès français de chirurgie*, 1889. — Avec de nombreux dessins dans le texte.)

Reprise, medifiée et pratiquée avec le plus grand succès de 1816 à 1834 par Carl Ferdinand Graefe, la méthode auteplastique de Tagliacezzi était de nouveau tembée dans l'eubli le plus cemplet, quand, en 1878, une eccasion se présenta peur mei d'y aveir recours. Il s'agissait d'un ectrepion tetal résultant d'un lupus qui avait détruit teute la peau de la face; les yeux étaient atteints de kératite vasculaire, l'un deux était perdu; l'autre menacé d'une perte prechaine; peur le censerver et permettre une blépharoplastie, un lambeau, taillé sur le bras servit à recenstituer la paupière inférieure ; il fut fixé par la suture au visage, teut en demeurant attaché par son pédicule à sen lieu d'erigine; le bras et l'avant-bras furent selidement fixés à la tête et à la nuque par un appareil plâtré et par des bandelettes de diachylen. Le pédicule du lambeau ne fut ceupé que le 22e jeur, alors que ce dernier avait

contracté avec son nouveau point d'implantation de solides adhésions. Le résultat fut bon. Grâce à cette opération, la malade, qui fut présentée à la Société de chirurgie, put conserver l'œil gauche. Les paupières du côté droit furent dans la suite l'objet d'une tentative de réparation effectuée par une autre méthode.

Le lambeau, taillé dans la peau du dos, complètement détaché et dépouillé avec soin de son tissu cellulaire, s'adapta parfaitement à l'avivement de la joue droite qu'avait nécessité la suture de la paupière correspondante. Il reprit et vécut ; mais peu à peu, il s'atrophia, sans avoir jamais présenté de gangrène ni d'exfoliation, et il se réduisit au tiers tout au plus de ses dimensions premières.

Cette double expérience *in vivo* me permit de reconnaître que l'autoplastie par la méthode italienne, modifiée par Graefe, pouvait rendre les plus utiles services, et que ses résultats étaient de beaucoup supérieurs à ceux des greffes cutanées proprement dites.

Je m'appliquai dès lors à en multiplier les applications. Depuis dix ans, une trentaine d'opérations ont été pratiquées par moi, à l'aide de cette métode et pour les indications les plus diverses ; leurs résultats ont été pour la plupart présentés à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, au Congrès français de chirurgie. J'en ai fait l'objet de plusieurs mémoires et de communications diverses. De nombreux travaux se sont, depuis lors, produits à l'étranger dans cette voie, d'abord en Allemagne, puis en Angleterre ; tous ont été postérieurs à la publication de mes premières observations.

Dans une récente communication au Congrès de chirurgie, après avoir donné l'historique complet de la question, j'ai fait de l'autoplastie par la méthode italienne une description rapide mais complète.

Ce mode d'autoplastie consiste essentiellement dans l'application, sur la région que l'on veut réparer, d'un grand lambeau pédiculé, pris sur une région éloignée du corps, partie que l'on maintient au contact de celle sur laquelle le lambeau est transplanté et fixé par la suture, jusqu'à la parfaite adhésion de ce dernier avec la surface qu'il doit recouvrir. Alors seulement on sectionne le pédicule du lambeau qui continue à vivre sur le terrain nouveau où il puise ses moyens d'existence.

La condition essentielle de sa réussite est l'immobilisation prolongée et la fixation au contact de la partie à laquelle on emprunte le lambeau

et de celle sur laquelle on a fixé celui-ci, jusqu'à la section du pédicule ; immobilité difficile à réaliser et pénible pour le malade. L'autoplastie par la méthode italienne est donc une méthode de nécessité que l'on emploie surtout dans les cas nombreux auxquels les autres méthodes d'autoplastie ne sont pas applicables, par exemple quand il n'existe pas de peau saine au voisinage de la partie que l'on veut réparer. Mais elle est d'un utile recours également dans les opérations plastiques de la face où elle présente, sur les autres tentatives analogues, l'avantage de ne créer aucune porte nouvelle de substance.

Je ne puis donner ici le détail de ses indications, ni mentionner les règles, que j'ai scrupuleusement établies, de son exécution. Je ne puis néanmoins passer sous silence la condition essentielle que celle-ci doit remplir : on doit rechercher l'adhésion en surface du lambeau par toute sa face avivée, bien plus que la réunion exacte de sa circonférence ; il faut, en outre, pour que celui-ci réponde au but qu'il doit remplir, lui conserver la totalité du tissu cellulaire sous-cutané qui le double. Des préceptes très minutieux, mais faciles à suivre, régissent d'ailleurs les divers temps de ce genre d'autoplastie qui, si j'en juge par les résultats qu'il m'a donnés, est appelé à rendre d'utiles services à la chirurgie réparatrice dans des cas auxquels les opérations plastiques ordinaires ne sont pas applicables.

---

38. — *Restauration de la cavité vésicale et du canal de l'urètre par la méthode autoplastique, chez une petite fille atteinte d'exstrophie de la vessie* (*communication à l'Académie de Médecine*, séance du 2 juillet 1889, et *France médicale*, 4 juillet 1889, p. 894).

Exemple d'une reconstitution complète du canal de l'urètre et de la paroi antérieure de la vessie par la méthode de la double superposition de lambeaux ; cette observation n'est néanmoins pas un succès à l'actif du traitement autoplastique de l'exstrophie. Si le résultat plastique a été remarquable, la guérison de l'exstrophie n'a néanmoins pas fait cesser les crises douloureuses dont la vessie était le siège. Dans la cavité vésicale de nouvelle formation, les urines s'altéraient et donnaient lieu à des dépôts phosphatiques qui devenaient le point de départ de la formation de véritables calculs.

39. — *Sur un nouveau procédé d'oblitération des fistules de la trachée consécutives à la trachéotomie, par une autoplastie. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV; 30 octobre 1889.)

Sur deux malades que j'ai présentés à la Société de chirurgie et qui portaient des fistules trachéales, l'un depuis 19 ans, l'autre depuis 6 ans, j'ai obtenu l'oblitération de ces fistules, larges et adhérentes, par le procédé suivant : La peau qui entourait l'orifice fistuleux a servi à constituer un plan profond de réunion, rétablissant la continuité de la surface interne de la trachée. En avant de ce plan profond de réunion, maintenu par des sutures perdues au catgut, on a effectué un plan de réunion superficiel, par le rapprochement et la suture, sur la ligne médiane, de deux ponts cutanés, taillés de chaque côté de l'orifice fistuleux.

---

§ 4. — **Maladies des os et des articulations.**

40. — *Sur le développement, l'accroissement et la structure des os.* (Revue générale parue dans la *Revue des sciences médicales*, v° année, t. IX, 1876, p. 332.)

41. — *Sur l'ostéomyélite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 360; 23 avril 1879.)

Cette communication a pour objet d'attirer l'attention sur les formes cliniques très différentes que peut présenter l'ostéomyélite et notamment sur la périostite phlegmoneuse diffuse sans nécrose, dont elle renferme un exemple.

42. — *Présentation de pièces et observations à propos de la discussion sur l'ostéomyélite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 441; 21 mai 1879.)

Abcès central du tibia consécutif à une ostéomyélite ayant débuté dix ans auparavant.

43. — *Sur l'ostéomyélite;* discussion. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 450; 28 mai 1879.)

Communication nouvelle tendant à faire admettre, dans l'ostéomyélite, des types cliniques différents, dont la périostite phlegmoneuse diffuse serait un des plus tranchés.

44. — *Sur l'ostéomyélite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 866; 3 décembre 1884.)

Dans ce travail. je rapporte plusieurs exemples d'ostéomyélites prolongées ayant déterminé des nécroses, des poussées aiguës et l'expulsion de séquestres un temps souvent fort long après la première invasion de l'ostéomyélite. Dans la même séance, je présente un tibia atteint d'ostéite épiphysaire depuis l'âge de 7 ans, et resté fistuleux pendant 65 ans. Ces faits démontrent l'évolution en quelque sorte indéfinie de l'ostéomyélite et la nature progressive des lésions qu'elle détermine.

45. — *Ostéomyélite infectieuse aiguë survenue vingt ans après une première poussée d'ostéomyélite terminée par une guérison en apparence complète. — Désarticulation de la cuisse: mort.* (*Bulletins de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 77; 25 janvier 1888.)

Le fait qui a donné lieu à cette communication est une observation d'ostéomyélite infectieuse aiguë survenue chez une femme de 45 ans, 20 ans après une première poussée d'ostéomyélite qui s'était terminée par une guérison en apparence complète. La désarticulation de la hanche dut être pratiquée d'urgence et la malade succomba le 5e jour après l'opération.

La première poussée d'ostéomyélite dont elle avait été atteinte avait été méconnue et prise pour une tumeur blanche du genou.

En recourant avec tout le soin nécessaire aux commémoratifs, dans la plupart des cas de ce genre, on trouve que l'ostéomyélite développée en apparence d'emblée chez l'adulte, a presque toujours été précédée d'une première atteinte survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence. Celle-ci peut avoir été complètement méconnue, car l'observation présente démontre qu'il est des ostéomyélites qui ne laissent aucune espèce

de trace persistante, de modification anatomique durable, sur les os qui en sont atteints. Sans nier l'existence de l'ostéomyélite infectieuse aiguë survenant d'emblée chez l'adulte, il faut donc reconnaître qu'elle constitue une variété tout à fait exceptionnelle.

---

46. — *Des exostoses des adolescents.* (*France médicale*, p. 105, 121, 137 370, 377; 1875.)

Leçon clinique de M. le professeur Richet.

47. — *Rapport sur deux observations communiquées par M. le docteur Dubar et intitulées : Luxation en arrière et en dehors de la phalangette du pouce droit; — et périostite suppurée sans nécrose de la moitié du fémur droit.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 334; 28 avril 1886.)

48. — *De l'arthrite du genou et de l'épanchement articulaire consécutifs aux fractures du fémur.* (Paris, Masson, 1873. — Thèse inaugurale.)

L'étude de ce phénomène, décrit pour la première fois par Gosselin comme un des caractères constants des fractures de la diaphyse fémorale, est fondée sur 22 observations que j'ai recueillies à la Charité et dont quelques-unes ont trait à des fractures par coup de feu de la cuisse. Un certain nombre d'expériences pratiquées sur les animaux m'ont permis d'arriver, relativement à son interprétation, à l'opinion suivante : c'est qu'indépendamment de la lésion de la moelle osseuse et de l'ostéomyélite traumatique qui, par elles-mêmes, peuvent expliquer la production d'un épanchement dans l'articulation du genou à la suite de la fracture du fémur, cet épanchement est dû principalement à l'action du voisinage du sang épanché autour du cul-de-sac soustricipital de la synoviale.

49. — *Résection des fragments et suture osseuse dans le traitement des pseudarthroses du fémur (Avivement cunéiforme et enclavement des fragments; — suture métallique à fils perdus).* Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 9 août 1887, avec présentation de deux malades,

opérés par ce procédé. (*Revue de chirurgie*, novembre 1887, p. 853, avec 2 figures.)

Ce mémoire a pour but de faire connaître un nouveau mode de résection et de suture des fragments dans les pseudarthroses consécutives aux fractures de la diaphyse fémorale. — Il consiste essentiellement dans un avivement cunéiforme, tel que le fragment supérieur constitue par son extrémité un V saillant qui s'engage dans le V rentrant qu'on découpe dans l'extrémité du fragment inférieur. Deux points de suture faite avec deux fils de platine double maintiennent les fragments au contact ; les chefs des fils sont coupés au ras de leur torsion et les anses métalliques abandonnées dans la profondeur des parties.

Deux malades atteints de pseudarthrose confirmée du fémur, que j'ai traités par ce procédé, ont consolidé ; l'un d'eux a, néanmoins, éliminé un des points de suture métallique après une suppuration de quelques mois. L'autre a conservé ses deux fils. — L'un et l'autre marchent sans difficulté.

50. — *Arrêt du développement du membre inférieur consécutif à une pseudarthrose des os de la jambe remontant à l'enfance.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 930 ; 30 décembre 1885.)

Fait intéressant en raison de l'atrophie considérable qui n'était pas limitée au segment de membre fracturé, mais qui s'étendait à la totalité de ce membre et même au bassin. — Présentation de la pièce (pseudarthrose fibrosynoviale formant une amphicondylarthrose) et deux observations.

51. — *Exemple de guérison sans suppuration profonde dans quelques blessures graves par coup de feu.* (*Union médicale*, juillet 1871.)

Travail reposant sur des observations recueillies dans le service de M. Gosselin, pendant le siège et la Commune. On y trouvera l'exposition du précepte que le professeur a plus tard développé dans son livre de clinique : abstention rigoureuse de toute exploration en cas de fracture par coup de feu avec trajet étroit et nécessité de prévenir la suppuration du foyer de la fracture, en obtenant une réunion profonde des parties molles.

52\. — *Quelques exemples de fractures compliquées de plaie communiquant avec de grandes articulations traitées par le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin.* (*France médicale*, numéros 58 et 59; 1878.)

Grâce au pansement ouaté, j'ai pu obtenir la guérison non seulement sans accidents sérieux, mais souvent sans suppuration profonde et sans impotence consécutive notable, dans un grand nombre de cas de fractures articulaires compliquées de plaies des plus graves.

53\. — *Des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus.* (*France médicale*, numéros 132, 133 et 134; 1884.)

Fondé sur plusieurs observations personnelles, je reconnais comme signe essentiel dans le diagnostic de cette lésion complexe, la possibilité de rapprocher le coude du tronc coexistant avec les signes ordinaires des luxations de l'épaule ; j'insiste sur la possibilité de pratiquer aussitôt la réduction de la luxation dans un certain nombre de cas, et sur le pronostic moins grave au point de vue des fonctions lorsqu'une luxation irréductible est compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus que lorsqu'elle ne l'est pas.

54\. — *Fracture du col anatomique de l'humérus ou luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture?* (*France médicale*, XXIIe année, t. I; 5 janvier 1886.)

55\. — *Luxation sous-épineuse de l'humérus, réduction spontanée pendant l'anesthésie chloroformique.* (*France médicale*, p. 758; 1876.)

56\. — *Sur un cas d'atrophie musculaire portant sur les muscles de l'épitrochlée et consécutive à une luxation de coude réduite. Guérison par les courants continus.* (*Bulletins de la Société clinique de Paris*, t. I, p. 160; 1877.)

57\. — *Rotule, ligament et tendons rotuliens (anatomie, physiologie, pathologie).* (Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 245-370, avec nombreuses figures.)

58. — *Luxation sous-astragalienne en dedans (Malgaigne), en dehors (Broca), compliquée d'un certain degré de luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical.* Rapport de Théophile Auger sur une communication de M. Berger. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. III, p. 504; 25 juillet 1877.)

59. — *Luxation ovalaire (ischio-pubienne) du fémur.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 146; 5 février 1879.)

60. — *Sur la mobilisation et l'immobilisation dans les maladies articulaires.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 872; 19 novembre 1879.)

Des nombreuses observations de fractures articulaires renfermées dans cette communication, je crois pouvoir conclure avec M. Verneuil que si, dans les arthrites traumatiques, notamment dans celles qui sont consécutives aux fractures articulaires, on ne peut nier que l'immobilité trop prolongée n'augmente les raideurs et ne favorise l'ankylose, d'autre part la mobilisation artificielle et plus ou moins violente de l'articulation peut être le point de départ de retours inflammatoires sérieux, qu'elle ne détermine le plus souvent aucune amélioration immédiate des fonctions, et que les bénéfices qu'on en retire peuvent être tout aussi bien attribués à l'action du temps et aux divers autres moyens employés, tels que le traitement thermal, les douches, l'emploi méthodique des courants électriques et la mobilisation naturelle exécutée par le malade lui-même :

---

§ 5. — **Anévrismes.**

61. — *Anévrisme traumatique de la paume de la main; recherche des deux bouts de l'artère divisée.* (*France médicale*, page 545; 1874.)

Clinique de M. le professeur Verneuil.

62. — *Présentation d'un malade atteint d'un anévrisme artérioso-veineux du pli de l'aine, à la suite d'un coup de couteau.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 605; 11 septembre 1878.)

63. — *Anévrisme faux consécutif guéri par l'application continue de glace sur la tumeur.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 834; 5 novembre 1879.)

64. — *Anévrisme artérioso-veineux de l'orbite, communication de l'artère carotide interne avec le sinus caverneux.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 899; 14 décembre 1881.)

65. — *Ligature de l'artère iliaque externe suivie de guérison pour un anévrisme de la partie supérieure de l'artère fémorale.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 717, 25 octobre 1882.)

Observation intéressante à cause de la production d'un second anévrisme au point où une artère avait subi la compression digitale pour la cure d'un anévrisme poplité qui fut guéri par ce moyen.

Au point de vue du manuel opératoire, elle montre la nécessité pour décoller le péritoine et découvrir l'artère, de recourber et de prolonger vers l'ombilic la partie externe de l'incision, et elle prouve l'efficacité de la ligature pratiquée avec le catgut.

L'opéré a été présenté à la Société de chirurgie.

66. — *Anévrisme cirsoïde de la main, guéri par les injections de perchlorure de fer.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 309; 16 avril 1884.)

67. — *Rapport sur deux communications de M. Kirmisson intitulées : Anévrisme inguinal du côté droit; ligature de l'iliaque externe, guérison; et mémoires sur les anévrismes inguinaux et la ligature de l'iliaque externe.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 471; 11 juin 1884.)

---

§ 6. — Fractures du crâne, lésions traumatiques du cerveau.

68. — *Considérations à propos d'une fracture insolite du crâne (fracture par contre-coup) compliquée : 1° d'un épanchement sanguin sans signe apparent de compression cérébrale; 2° d'une hémorragie cérébrale au point*

opposé à la fracture; 3° *d'aphasie sans lésion appréciable du centre de Broca*, par M. Paul Berger et Mlle A. Klumpke. (*Revue de chirurgie*, t. VII; février 1887, p. 85, avec de nombreuses figures.)

Le titre de cette observation montre son intérêt scientifique et fait pressentir l'importance des considérations pratiques qui s'y rattachent. Dans les traumatismes cérébraux récents et considérables, il peut exister une aphasie parfaitement caractérisée, sans qu'il y ait de lésion appréciable de la circonvolution de Broca, du pied de cette circonvolution, de celles de l'Insula. On ne peut donc, en cas de traumatisme récent ayant porté sur le crâne, se fonder ni exclusivement, ni même principalement sur ce symptôme pour affirmer l'opportunité de la trépanation et pour déterminer le lieu d'application de l'instrument.

La disposition des traits de fracture observés à l'autopsie a été, pour les auteurs, l'occasion d'étudier les fractures indépendantes (par contrecoup) de la base du crâne (celles-ci affectent principalement les voûtes orbitaires, plus rarement le rocher); ils en ont fait représenter quelques exemples remarquables et sont entrés dans quelques considérations sur leur mode de production et leur mécanisme.

69. — *Fracture du crâne avec enfoncement compliquée de plaie communiquant avec la cavité cranienne. Accidents cérébraux primitifs. Expectation. Guérison sans nécrose et sans accidents cérébraux consécutifs.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. III, p. 511; 25 juillet 1877.)

Exemple remarquable de la simplicité avec laquelle évoluent certaines lésions traumatiques graves du crâne et de l'encéphale chez les jeunes sujets. Il doit être rapproché du fait suivant :

70. — *Fracture du crâne, avec hernie du cerveau.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 253; 14 avril 1880.)

Dans ce cas, la presque totalité de la moitié droite de l'os frontal dut être enlevée; le lobe frontal droit était déchiré et faisait une forte saillie qui se réduisit spontanément au bout de quelques jours. La cicatrice se fit aux dépens de bourgeons charnus qui se développèrent sur la surface même du lobe frontal mis à nu, après l'expulsion de quelques

esquilles. Le jeune malade guérit, mais conserva une altération de son caractère et une diminution de l'intelligence.

71. — *Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche. — Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. — Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. Trépanation. Encéphalocèle consécutive. Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité.* (*France médicale*, p. 1661 et 1673, 24 et 27 novembre 1888.)

72. — *Quelques considérations sur l'opération du Trépan.* (*France médicale*, 1888, n°s 138 et 139, et Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.)

---

73. — *Relation d'un fait de séjour d'un projectile dans le crâne; communication à la Société de chirurgie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIII, p. 592; 26 octobre 1887.)

Il s'agit d'une balle de revolver qui, pénétrant par l'orbite, était venue se loger dans la fosse occipitale entre la dure-mère et le crâne. Quoique tout le cerveau eût été traversé, ainsi que le prouvait l'existence d'une cicatrice très nette reconnue à l'autopsie, ce ne fut qu'au bout de 4 ans que la blessée fut enlevée par des accidents de méningite à marche rapide.

74. — *Plaie du cerveau par balle de revolver; aphasie, hémiplégie droite, issue de matière cérébrale; guérison complète avec rétablissement des fonctions.* (*Semaine médicale*, 6 mars 1889, p. 63.)

Cette observation est une des plus remarquables que l'on puisse trouver de retour graduel de la motilité et de guérison en apparence complète, malgré le séjour du projectile dans le crâne, à la suite d'une plaie pénétrante de celui-ci par coup de feu. Elle présente avec le fait précédent une analogie frappante; l'on ne peut malheureusement affirmer que la malade qui en est l'objet, soit à l'abri des accidents qui déterminèrent chez l'autre la terminaison fatale, après une guérison apparente de plusieurs années.

---

75. — *Sur la recherche et l'extraction des balles de revolver logées dans la cavité de l'oreille. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XIV, p. 697 ; 10 octobre 1888.)

La conclusion de ce mémoire est qu'il faut procéder à la recherche et à l'extraction des projectiles logés dans le rocher, toutes les fois que ceux-ci donnent lieu à des accidents, ou même à de la suppuration. La voie d'extraction qu'il faut adopter est ouverte par le détachement de la demi-circonférence supérieure du pavillon de l'oreille que l'on rabat de haut en bas, ainsi que M. Verneuil a conseillé de le faire. Il est nécessaire en outre de débrider largement en arrière le conduit auditif externe et d'attaquer l'apophyse mastoïde au ciseau pour élargir la voie. Au cours de l'opération, l'explorateur électrique de M. Trouvé donne de précieuses indications sur la situation du corps étranger. Deux cas sont cités, où ce procédé d'extraction a été mis en usage; l'un d'eux est confirmatif de la théorie de Lussana et d'Inzani, qui font de la corde du tympan un nerf de sensibilité gustative.

---

§ 7. — Affections de la tête et du cou.

76. — *De l'oblitération des narines produite par la saillie de l'extrémité antérieure du vomer et du moyen d'y remédier par une opération. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. X, p. 390 ; 7 mai 1884.)

C'est à M. le professeur Duplay que je dois la connaissance de cette cause d'oblitération des narines, et du moyen thérapeutique efficace et sûr qu'on peut lui opposer ; ni l'un ni l'autre n'ont, jusqu'à présent, été décrits dans les ouvrages spéciaux non plus que dans les traités classiques. L'oblitération de la narine est due à une sorte d'hypérostose de l'extrémité inférieure du vomer qui s'accompagne, généralement, d'inflexion en S de la cloison des fosses nasales, et de déformation ogivale de la voûte palatine. Pour y remédier, il suffit de raboter, en quelque sorte, avec un ciseau étroit et tranchant, la cloison des fosses nasales à sa jonction avec le plancher de cette cavité. Cette petite opération m'a donné un succès complet dans plusieurs cas où je l'ai tentée.

77. — *Des tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XI, p. 293; 6 mai 1885.)

A l'occasion d'une observation communiquée par M. le Dr Kirmisson, je me suis proposé d'étudier les diverses variétés que présentent ces tumeurs au double point de vue de leur constitution anatomique et de leur évolution clinique ainsi que le pronostic qui s'y rattache. J'ai pu réunir et classer en tableaux synoptiques 31 observations de tumeurs semblables et arriver, par l'étude de ces faits, à la conclusion principale que voici : c'est que, si la distinction entre les *chondromes vrais* et les tumeurs mixtes que l'on peut appeler *faux chondromes* doit être conservée au maxillaire supérieur, les premiers affectant une marche plus lente et reconnaissant un pronostic moins grave que les seconds, au point de vue de la généralisation et des récidives, on ne peut néanmoins considérer les chondromes hyalins eux-mêmes comme des tumeurs de nature absolument bénigne, quelques-uns d'entre eux ayant une grande tendance à récidiver après une ablation, en apparence complète. Comme conséquence thérapeutique, les tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur doivent être traitées par l'extirpation complète, non seulement de la tumeur, mais de l'os ou des os affectés (Résection totale du, ou des maxillaires supérieurs).

78. — *Sur deux observations de tumeurs des os maxillaires supérieurs* (*Chondrome. — Kyste dermoïde*), *communiquées par M. Jeannel; rapport.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XII, p. 622; 21 juillet 1886, et t. XIII, p. 69; 2 février 1887.)

79. — *Kyste développé aux dépens de la racine d'une dent malade et remplissant la cavité du sinus maxillaire gauche.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. VII, p. 422, 1er juin 1881.)

Fait confirmatif de la théorie de M. Magitot sur le développement des kystes des racines; la paroi du sinus maxillaire était refoulée par le kyste qui n'occupait pas la cavité même de l'antre d'Highmore, bien qu'il l'offaçât complètement.

80. — *Résection totale du maxillaire supérieur gauche; appareil prothétique; présentation du malade et de l'appareil.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 688; 28 juillet 1886.)

81. — *Présentation d'un appareil prothétique destiné à remplacer la moitié de la mâchoire inférieure, chez un sujet sur lequel M. Berger avait pratiqué l'extirpation de la moitié droite de cet os.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p. 765; 15 novembre 1882.)

82. — *Sur le traitement des névralgies sous-orbitaires.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VIII, p, 765; 15 novembre 1882.)

Des expériences faites pour étudier les effets de l'élongation de diverses branches du trijumeau, il est résulté que presque toujours le rameau sur lequel on exerçait la traction se rompait à un centimètre environ du point où s'exerçait cette traction.

83. — *Sur les altérations de la glande sous-maxillaire consécutives à la lithiase salivaire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, p. 599; 17 juillet 1889.)

Dans un cas où une induration suspecte de la glande sous-maxillaire compliquait un calcul salivaire, je pratiquai l'extirpation de l'organe malade. L'étude histologique de la pièce, pratiqué par M. Pilliet, nous fit reconnaître dans la glande sous-maxillaire, les lésions qui avaient été décrites dans le foie, comme la conséquence de l'oblitération des voies biliaires, par MM. Charcot et Gombault, et dans le rein, à la suite de la ligature expérimentale des uretères, par MM. Straus et Germont. Ces lésions sont la dilatation du système des canaux excréteurs, l'atrophie des éléments glandulaires, enfin la sclérose de l'organe, envahi par une infiltration cellulaire qui rappelle celle que l'on observe dans les processus infectieux. Il se pourrait, en réalité, que cette sclérose précédât d'une infection véritable dont les canaux excréteurs suppurés de la glande seraient le point de départ. Comme conclusion pratique de la découverte de ce fait, il faut admettre que l'extirpation de la glande malade est à conseiller, quand les lésions secondaires dont elle est atteinte l'ont conduite à ce degré de dégénération.

84. — *Lithiase parotidienne et tumeur érectile à la joue (Angiome caverneux).* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 886; 28 novembre 1883.)

85. — *Sur l'insuffisance de la considération des caractères physiques pour le diagnostic de certaines tumeurs ulcérées de la langue.* (*France médicale*, XXXII[e] année, t. I, p. 737; 30 mai 1885.)

86. — *Traitement de l'éphithélioma de la langue.* (*France médicale*, XXVIII[e] année, 133; 29 janvier 1881.)

87. — *A propos de l'opération du bec-de-lièvre; modification du procédé opératoire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 358; 9 juin 1880.)

---

88. — *Épingle implantée dans le vestibule du larynx; extraction par les voies naturelles.* (*France médicale*, p. 1265; 8 septembre 1888.)

89. — *De la trachéotomie par le thermo-cautère.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 641; 2 octobre 1878.)

Communication avec présentation d'une pièce démontrant que la trachéotomie pratiquée par le thermocautère ne donne pas d'escarre notable.

90. — *Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du corps thyroïde.* (*Archives générales de médecine*, numéros de juillet 1874 et suivants.)

Cette revue générale contient une étude de la thyroïdectomie à une époque où elle n'était encore connue que par les premiers travaux de Billroth parus sur cette opération.

91. — *Goitre annulaire constricteur (épithélioma du corps thyroïde); thyroïdectomie totale; tétanie; cachexie strumiprive passagère.* (*France médicale*, numéros 51 et 53, avril, mai 1889. Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.)

Ce fait est intéressant à plus d'un titre. L'extirpation totale de la thyroïde, qu'il fallait pratiquer, fut suivie à bref délai d'accidents menaçants de tétanie, qui se dissipèrent; puis de myxœdème et de tous les phénomènes décrits sous le nom de cachexie strumiprive. Cet état alarmant ne fut néanmoins que temporaire, et la malade guérit de ces complications. Quant à la tumeur qui avait nécessité l'intervention, elle se présentait, à l'examen histologique, comme un épithélioma; et, cependant, son évolution fut celle d'une tumeur bénigne, et il n'y eut pas de récidive. Ce n'est pas le seul exemple que l'on connaisse de ce désaccord apparent entre les données de l'examen anatomique et celles de la clinique.

92. — *Kyste sanguin du corps thyroïde traité par l'électrolyse,* par MM. Berger et Onimus. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 324; 13 avril 1881.)

La guérison de la malade qui fait l'objet de cette communication n'était pas encore achevée quand l'observation en question fut publiée; elle fut complète peu de temps après. On peut néanmoins se demander si, dans ce cas, le succès ne fut pas dû à l'injection iodurée pratiquée pour faciliter l'action électrolytique du courant, plutôt qu'à l'électricité elle-même.

93. — *Tumeur occupant le lobe droit du corps thyroïde avec exophthalmie et perte de la vision de l'œil correspondant*; présentation de malade. (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 277; 26 mars 1884.)

94. — *Thyroïdite aiguë terminée par résolution.* (*France médicale*, p. 583; 1876.)

---

§ 8. — Suppurations chroniques de la plèvre.

95. — *Pleurésie purulente, empyème pulsatile total, fistule pleurale consécutive, opération d'Estlander, guérison,* par M. Féréol. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2ᵉ série, t. XIII, p. 262, 12 février 1884, et *Présentation du malade* par le même, *ibid.*, même volume, p. 217; 5 février 1885.

M. le Dr Féréol présente à l'Académie un jeune homme sur lequel M. Berger a pratiqué l'opération d'Estlander pour une fistule pleurale consécutive à un empyème pulsatile. Indépendamment de la question médicale d'un haut intérêt que soulève cette communication, l'opération pratiquée mérite une mention, en raison de l'étendue des résections costales qu'elle exigea, et du succès dont elle fut suivie à une époque où le résultat d'aucune autre opération analogue n'avait été publié en France (1883).

Le même cas a été l'objet d'une autre communication de M. le Dr Féréol à la Société médicale des hôpitaux.

96. — *L'opération d'Estlander; rapport sur une présentation de malade faite par M. le docteur Bouilly.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 958; 26 décembre 1883.)

C'est le premier travail d'ensemble qui ait paru sur cette opération en France : il renferme la relation des opérations de M. Bouilly, de mes observations personnelles et l'analyse de presque tous les faits et de tous les travaux parus à l'étranger sur ce sujet. Les conclusions que j'ai cru pouvoir en tirer, quoique trop favorables à l'opération (car parmi les faits sur lesquels elles se fondent on a certainement publié plus de succès que d'insuccès), sont encore adoptées en grande partie dans la pratique chirurgicale.

97. — *Pleurésie purulente datant de deux ans et ponctionnée à plusieurs reprises; incision antiseptique de l'empyème; affaiblissement rapide. Résection, deux mois et demi après, des 3e, 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 11e côtes; mort, autopsie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 85; 23 janvier 1884.)

98. — *Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévant et d'Estlander).* (*Congrès français de chirurgie*, 3e session, mars 1888, p. 242.)

Ces deux derniers travaux ont pour but d'attirer l'attention sur le danger que présentent les résections costales trop étendues dans le traitement des fistules pleurales. La mort, en pareil cas, peut survenir

par la gêne mécanique apportée à l'accomplissement des fonctions respiratoires. Ce sont principalement les dernières côtes, à partir de la 6e, qu'il faut se garder d'intéresser en même temps que les côtes moyennes pour éviter de porter atteinte au jeu du diaphragme et de priver le sternum de son point d'appui. Quand la cavité suppurante est très vaste et que le poumon est totalement affaissé, si l'on est forcé de tenter une opération, il faut avoir recours à des résections successives, ne comprenant chaque fois que deux, trois ou quatre côtes. Cette manière de procéder m'a réussi dans plusieurs cas de suppurations très étendues et très anciennes de la plèvre.

---

§ 9. — **Plaies pénétrantes de l'abdomen; ruptures de l'intestin.**

J'ai pris le parti de publier tous les faits de plaies pénétrantes de l'abdomen qui se sont présentées dans ma pratique, et tout particulièrement les cas de plaies de l'intestin par balles de revolver, afin qu'ils puissent servir à éclairer la question, actuellement encore si discutée, de l'intervention chirurgicale par la laparotomie dans les cas de ce genre. Voici l'indication des faits que j'ai observés :

99. — *Plaie de l'abdomen avec issue et blessure du côlon transverse et de l'épiploon par un coup de couteau. Suture de l'intestin, réduction, guérison.*

Communication à l'Académie de médecine, avec présentation de malade, le mardi 18 octobre 1887. — Observation publiée dans la *France médicale* du 20 octobre 1887.

100. — *Sur le traitement chirurgical des plaies pénétrantes de l'abdomen.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 281; 8 avril 1884.)

101.— *Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen et plus particulièrement des blessures de l'intestin par projectiles de petit calibre (balles de revolver)*. (*Ibid.*, t. XV, p. 93, 30 janvier 1889, et p. 141, 13 février 1889.)

102. — *Sur une observation de plaie non pénétrante de l'abdomen par balle de revolver*, communiquée par M. le docteur P. Michaux. (*Ibid.*, p. 236; 29 mars 1889.)

103. — *Sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen par la laparotomie.* (*Ibid.*; 27 novembre 1889.)

Ces faits m'ont donné : une guérison par l'expectation dans un cas de plaie du gros intestin par balle de revolver, avec phénomènes de péritonite circonscrite; — une guérison par l'expectation dans un cas de plaie de l'estomac par balle de revolver; — une guérison par laparotomie et suture de l'intestin, dans un cas de blessure du côlon transverse par un coup de couteau.

Par contre, quatre cas, dans lesquels j'ai pratiqué, aussi rapidement que j'ai pu le faire et avec toutes les précautions de rigueur, la laparotomie pour des plaies de l'intestin grêle par coup de feu, se sont terminés par la mort. Cette petite statistique, quoique peu favorable à l'intervention, ne prouve rien contre la nécessité d'agir quand le blessé présente des accidents qui rendent certaine l'existence d'une blessure de l'intestin. Il faut reconnaître néanmoins, et deux de mes observations en sont des exemples, que ces plaies peuvent guérir spontanément; mais cela ne s'observe guère que pour celles de l'estomac et du gros intestin; c'était précisément le cas des deux malades que j'ai vus guérir sans opération. Un des faits dans lesquels la laparotomie fut pratiquée sans succès pour une plaie pénétrante par coup de feu, me permit de vérifier le mécanisme de l'occlusion des plaies de l'estomac et de l'intestin par la muqueuse, mécanisme sur lequel M. Reclus a tant insisté dans ces derniers temps. Ce mode d'occlusion des plaies peut rendre compte de la guérison que j'ai vu survenir spontanément chez deux de mes malades (voyez aussi *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 920; 15 décembre 1886).

104. — *Rapport sur un travail de M. le docteur Bouilly, intitulé : Coup de pied de cheval; rupture de l'intestin grêle, sans contusion des parois abdominales; péritonite suraiguë, laparotomie, réduction et suture de l'intestin; mort au 10e jour.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 689; 8 août 1883.)

Cè rapport, fondé sur l'analyse de tous les cas analogues dont j'ai pu trouver l'indication, se termine par les conclusions suivantes :

1° La recherche de l'intestin déchiré dans la cavité abdominale est une opération autorisée;

2° La toilette minutieuse d'un péritoine atteint de péritonite par épanchement stercoral au début peut arrêter net l'inflammation de la séreuse;

3° Le plus grand danger, après la résection et la suture de l'intestin réside, comme dans toutes les opérations de ce genre, dans la possibilité de la disjonction de la suture;

4° Tous les efforts doivent tendre au perfectionnement de cette suture;

5° Il est prudent de laisser la portion suturée et réduite au voisinage de la réunion de la paroi abdominale;

6° Il est important de nourrir les opérés avec une extrême précaution;

9° Enfin, il est permis d'espérer que l'expérience de faits semblables et l'acquisition de perfectionnements successifs, donneront, par cette conduite, des succès complets dans les ruptures traumatiques de l'intestin où l'intervention pourra être précoce.

---

§ 10. — **Hernies.**

105. — *Sur la cure radicale des hernies.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIII, p. 665 ; 16 novembre 1887.)

106. — *La cure radicale des hernies.* (*Revue des sciences médicales*, t. XXXII, p. 670-728 ; 1888.)

On m'a souvent représenté comme un adversaire de la cure radicale des hernies, particulièrement dans les discussions qui se sont élevées sur ce sujet à la Société de Chirurgie. Je suis au contraire convaincu que l'opération seule peut convenir dans des cas parfaitement déterminés, mais qu'elle doit toujours répondre à des indications précises.

Les méthodes et les procédés de cure radicale se sont beaucoup

multipliés, au cours des dernières années, surtout à l'étranger, et beaucoup d'entre eux paraissent être imparfaitement connus de ceux mêmes qui pratiquent fréquemment l'opération de la cure radicale. J'ai pensé qu'il était utile de réunir les documents bibliographiques nombreux qui ont trait à la matière, et de donner un exposé complet et aussi détaillé que possible de ces procédés opératoires. En le faisant, j'ai montré que des trois méthodes auxquelles on a eu recours pour obtenir la guérison des hernies, les injections interstitielles et la suture sous-cutanée du trajet devaient céder le pas à la méthode moderne, caractérisée par la dissection et l'ablation du sac herniaire; mais en décrivant cette dernière, j'ai cru devoir insister sur les divers modes de suture par lesquels on cherche à obtenir l'oblitération du trajet herniaire et le resserrement des anneaux; temps de l'opération que l'on me paraît trop négliger en France.

J'ai été amené de la sorte à rassembler une statistique opératoire de plus de neuf cents cas de cure radicale, appartenant à un grand nombre de chirurgiens, et donnant une proportion de près de quatre pour cent de mortalité. J'ai fait voir, en analysant chacune des statistiques partielles dont elle se compose, quelle incertitude régnait encore sur l'efficacité réelle des opérations de cure radicale et sur le chiffre des guérisons et des récidives qui leur font suite.

Pourtant l'appréciation de ces résultats permet d'établir, dès à présent, quelques indications formelles; celles-ci doivent être essentiellement subordonnées à la considération de l'âge du malade; en effet, les faits publiés nous montrent que l'opération est d'autant plus bénigne, qu'elle a d'autant plus de chances d'amener une guérison durable, que le sujet est jeune, la hernie récente et de petit volume.

Refusant donc l'opération aux jeunes enfants jusqu'à l'âge de cinq ans au moins, chez lesquels l'intervention chirurgicale présente une gravité exceptionnelle; la considérant comme exceptionnellement applicable dans la seconde enfance, période de la vie où l'on peut espérer la guérison définitive par le port du bandage, j'ai établi qu'il fallait y avoir recours quand, chez un jeune sujet, une hernie persistait malgré l'emploi des bandages, surtout si cette hernie était une hernie congénitale, et que l'indication devenait encore plus formelle quand la hernie se compliquait d'ectopie testiculaire. En pareil cas, lorsque le testicule ne peut être ramené et fixé à sa place, il doit être sacrifié sans hésitation.

Pour les hernies des adultes, en dehors de certaines conditions d'âge et de débilitation organique qui deviennent une contre-indication à toute intervention, j'ai conclu en adoptant la formule élégante et concise, proposée par M. Trélat lorsqu'il a dit : « Toute hernie, quelle qu'elle soit, qui n'est pas *complètement, constamment, facilement* contenue par un bandage, est justiciable de la cure radicale. »

107. — *Des phénomènes nerveux qu'on observe dans le cours de l'étranglement herniaire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. II, p. 698; 11 octobre 1876.)

Ce mémoire a pour objet d'attirer l'attention sur les phénomènes nerveux, jusqu'alors peu décrits, que l'on observe au cours de certains étranglements : ce sont des crampes, des contractures plus ou moins généralisées, de la tétanie, des convulsions éclamptiques, des accidents cérébraux caractérisés par du coma et du délire.

« L'existence de ces accidents indique toujours un étranglement très serré, qui doit être levé sans retard, et l'imminence de lésion intestinales ne laisse, dans les cas de ce genre, au bout d'un temps très court, d'autre alternative que le débridement fait après l'ouverture du sac, et l'examen scrupuleux de l'intestin étranglé. »

108. — *Sur le mécanisme de l'étranglement herniaire.* (*Archives générales de médecine*; août, octobre 1876.)

Après avoir passé en revue les théories diverses qui ont été invoquées, principalement en Allemagne par Roser, Hasse, Bidder, Busch et Lossen, pour expliquer la production de l'étranglement herniaire, j'ai cru pouvoir établir, sur des expériences personnelles, le rôle que joue, dans le mécanisme de l'étranglement, l'interposition d'une partie du mésentère (coin ou éventail mésentérique) entre les deux bouts de l'intestin, et celui qui revient à la distension gazeuse de l'anse étranglée et principalement de son bout supérieur, rôle démontré déjà par les expériences d'O'Beirne et de Gosselin.

109. — *Sur une variété de fausse réduction des hernies (fausse réduction par refoulement sous le péritoine à travers l'incision pratiquée pour le débride-*

ment, dans l'opération de la hernie étranglée). (*Revue de chirurgie*, t. IV, p. 786, avec figures ; octobre 1884.)

Ce mémoire contient douze observations renformant la mention d'un accident semblable : l'une d'elles m'est personnelle ; deux autres, inédites, sont dues à M. Farabeuf, qui a joint à leurs relations des dessins fort démonstratifs. Trois nouvelles observations que M. le professeur Azam, de Bordeaux, a bien voulu me communiquer, sont publiées dans un appendice ; elles diffèrent des précédentes en ce que, dans les faits de M. Azam, l'intestin étranglé a été refoulé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à travers une déchirure du sac produite par des efforts violents de taxis, tandis que, dans les premières, c'est au travers de l'incision nécessitée par le débridement que l'anse intestinale avait été refoulée dans le tissu cellulaire du bassin sans être réduite en réalité.

Signaler la possibilité d'un semblable accident, c'est indiquer les moyens qu'on a de l'éviter, de le reconnaître et de le traiter lorsqu'il s'est produit.

110. — *Des complications pulmonaires de l'étranglement herniaire.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. III, p. 506 ; 25 juillet 1877.)

Faits confirmatifs des idées de M. Verneuil, exposées par M. Ledoux, dans sa thèse sur ce sujet.

111. — *Hernie crurale droite étranglée avec accidents nerveux ; kélotomie ; mort par congestion pulmonaire.* (*France médicale*, XXVe année, p. 681 ; 26 octobre 1878.)

112. — *A propos du traitement des hernies étranglées.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 678, 681, 682, 687 ; 1er et 8 août 1883.)

113. — *Contributions nouvelles à l'histoire du taxis.* (*France médicale*, p. 659 ; 1874.)

114. — *Entéro-épiplocèle congénitale gauche enflammée; obstruction intestinale; kélotomie, guérison.* (*France médicale*, p. 730; 1874.)

115. — *Hernie crurale droite étranglée depuis 36 heures; opération; lésions graves de l'intestin, anus contre nature, péritonite, mort.* (*France médicale*, p. 589; 1876.)

116. — *Modèle de ceinture abdominale avec pelote et ressorts pour contenir certaines hernies abdominales; présentation d'appareil.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 219; 17 mars 1886.)

117. — *Rapport sur une obstruction de M. le docteur Eustache, intitulée : Hernie inguinale étranglée; taxis facile au bout de dix heures; gangrène étendue de l'intestin; mort.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 555; 18 juin 1879.)

118. — *Rapport sur une observation communiquée par M. le docteur Eustache et intitulée : Hernie crurale étranglée; kélotomie; persistance de l'arrêt des matières fécales malgré le débridement et l'introduction du doigt et des sondes dans l'intestin; mort.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. V, p. 974; 31 décembre 1879.)

119. — *Hernie inguinale congénitale et obstruction intestinale coïncidant avec kyste du cordon enflammé; disposition anormale du sac herniaire.* (*France médicale*, p. 433; 1874.)

Clinique de M. le professeur Verneuil.

§ 11. — **Travaux divers.**

120. — *Cancer de l'œsophage avec perforation de trachée, gastrostomie, mort.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IX, p. 220; 14 mars 1883.)

Cette communication renferme l'indication du manuel opératoire de

la gastrostomie dont quelques points sont étudiés avec des détails nouveaux.

121. — *Pièce dentaire avalée et rendue par les voies naturelles.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, p. 221 ; 13 mars 1889.)

122. — *Trois opérations de laparotomie pour des occlusions intestinales.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 599 et 628 ; 3 et 17 novembre 1880.)

Dans le premier de ces faits il s'agissait d'un cancer intestinal ayant déterminé des accidents à brusque début, simulant l'étranglement ; dans le second, c'était un étranglement par un diverticule intestinal compliqué de volvulus ; dans le troisième, un étranglement par bride ayant déterminé la section de l'intestin et qui nécessita une entérectomie suivie d'entérorraphie. Les trois opérés succombèrent.

Ces faits, où l'opération avait été différée plusieurs jours, indiquent la nécessité d'une intervention hâtive, presque immédiate, quand les phénomènes d'étranglement interne se présentent et indiquent la laparotomie.

123. — *Observations de laparotomies pratiquées pour des étranglements internes.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 194 ; 25 mars 1885.)

124. — *Rapport sur quatre observations de laparotomie adressées par le docteur Jeannel.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 5 ; 6 janvier 1886.)

125. — *Rapport sur un travail de M. le docteur Quénu intitulé : Étranglement interne ; laparotomie, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 172 ; 3 mars 1886.)

126. — *Volvulus de l'intestin grêle ; péritonite généralisée ; laparotomie ; mort :* Rapport sur une observation communiquée par M. le Dr Ovion (de

Boulogne-sur-Mer). (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 26; 4 janvier 1888.)

127. — *Note sur un cas d'inclusion scrotale*, par MM. Cornil et Berger. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. XIV, p. 275, 3 mars 1885, — et *Archives de physiologie normale et pathologique*, 3e série, t. V, n° 4, 15 mai 1885, p. 398, avec 3 figures.)

Ce fait, dont M. Cornil a fait une étude anatomique des plus complètes, est un exemple rare de kyste dermoïde testiculaire renfermant dans sa paroi des éléments nerveux sous forme de ganglions parfaitement constitués, et des cavités muqueuses, mais pas d'os. Au point de vue de l'histoire du malade, j'ai pu débarrasser le jeune garçon âgé de 11 ans, qui le portait, en lui laissant le testicule, isolable du kyste auquel il était pourtant adhérent en un point. Ce fait clinique vient à l'appui des idées émises par M. Verneuil dans son important mémoire sur la nature et le traitement des inclusions scrotales.

128. — *Présentation de pièces, provenant d'un sujet mort de néphrite interstitielle suppurative à la suite d'une uréthrotomie interne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 563; 28 août 1878.)

129. — *Rapport sur une observation de M. le docteur Cabadé intitulée : Extirpation de la verge.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. IV, p. 500; 7 août 1878.)

130. — *Corps étranger de l'urètre et de la vessie (fragments de tuyau de pipe en terre). Extraction par la voie périnéale, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 345; 20 mai 1885.)

131. — *Corps étranger de la vessie chez l'homme; extraction par la taille médio-bilatérale.* (*France médicale*, p. 402; 1874.)

132. — *Sur la taille sus-pubienne.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 713; 17 octobre 1888.)

Fait dans lequel dix calculs volumineux et enchatonnés ont été

retirés de la vessie par la taille sus-pubienne. Le malade a succombé aux progrès de l'altération des reins qui présentaient les lésions de la pyélo-néphrite calculeuse.

---

133. — *Des sensations perçues par les femmes pendant les manœuvres d'avortement.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. VII, p. 321 ; 1882.)

Ce travail a pour but de démontrer qu'on ne saurait attacher aucune importance au point de vue médico-légal, dans les affaires d'avortement, à l'assertion des femmes qui prétendent avoir senti une piqûre au moment des manœuvres abortives. L'examen de la sensibilité de la cavité utérine, pratiqué sur nombre de femmes dans mon service de l'hôpital de Loureine, me permit d'affirmer que l'introduction d'un instrument dans l'utérus ne déterminait aucune sensation quand cet instrument ne touchait pas le vagin et n'imprimait à l'organe aucun déplacement. Il en est de même pendant la grossesse, ainsi que j'ai pu m'en assurer dans un accouchement provoqué pour lequel M. le Dr Ribemont m'avait prêté son concours.

134. — *Sur le traitement des fibrômes utérins par l'électricité.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XV, p. 517 ; 19 juin 1889.)

Depuis plusieurs mois, j'ai mis à l'étude dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, le traitement des fibrômes utérins par l'électricité. Pour appliquer la méthode dans toute sa rigueur, j'ai eu recours à M. le Dr Apostoli qui est venu lui-même soumettre les malades que je lui confiais à la galvanocaustie intra-utérine. Les essais ont été en général favorables, au point de vue de l'arrêt des hémorragies et de la cessation des phénomènes douloureux. Presque toujours, j'ai observé un certain degré de diminution dans le volume de la tumeur. Celle-ci, dans un cas, a presque totalement disparu.

En communiquant le résultat de ces recherches, je conclus que le traitement électrique doit être soumis à une sérieuse étude et qu'il y a lieu de l'essayer préalablement à toute intervention chirurgicale grave, particulièrement dans les cas de fibrômes interstitiels déterminant des pertes abondantes et des poussées douloureuses.

135. — *Sur un cas d'imperforation congénitale de l'hymen, rapport sur une communication de M. le docteur Segond. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. XI, p. 831; 9 décembre 1885.)

136. — *Même sujet: Rapport sur une observation de M. le docteur Jeannel. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 27 juillet 1887).

137. — *Sur le traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode de M. Bozeman (France médicale;* 13 et 17 mai 1876). *Réponse de M. Bozeman à M. Paul Berger (Ibid.;* 21 et 24 juin 1876).

138. — *Traitement de l'épithélioma du col utérin par les cautérisations à l'acide chromique; incidents que peut entraîner la présence d'un tampon dans la cavité du vagin ou dans le col. (France médicale,* p. 1; 1875.)

Clinique de M. le professeur Verneuil.

139. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire; rupture spontanée d'une de ses poches. (France médicale,* p. 473; 1874.)

Clinique de M. le professeur Gosselin.

---

140. — *Sur l'extraction, au moyen des aimants, des corps étrangers métalliques qui ont pénétré dans le corps vitré; à propos d'une observation de M. le docteur Galezowski. (Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie,* N. S., t. VII, p. 715; 10 août 1881.)

De ce mémoire, que j'ai cherché à appuyer sur une bibliographie complète de la matière et sur l'étude de toutes les observations connues, on peut retenir les conclusions suivantes :

L'extraction des corps étrangers perdus dans le vitré peut être tentée ; elle peut être efficace, c'est-à-dire conserver la vue de l'œil blessé, mais dans des cas fort rares; le plus souvent elle ne laisse qu'un degré restreint et même insuffisant de la vision.

Dans les cas même où l'opération ne rétablit pas la vue, elle peut mettre le blessé à l'abri de l'ophtalmie sympathique; mais cette sauve-

garde n'est pas absolue, et souvent il a fallu avoir recours ultérieurement à l'énucléation ou à l'énervation de l'œil dont on avait retiré le corps étranger. Les résultats malheureux sont en trop grand nombre et l'apparition des accidents terminaux est assez reculée souvent, pour qu'il ne faille se prononcer qu'avec une extrême réserve sur le résultat d'une opération récente.

Enfin le manuel opératoire lui-même et le diagnostic de la présence et du siège du corps étranger dans l'œil paraissent avoir bénéficié, dans une certaine mesure, de l'emploi de l'attraction magnétique, surtout lorsque celle-ci s'exerce au travers d'une incision scléroticale, à la condition, bien entendu, que le corps étranger soit de nature à se laisser attirer par un aimant.

141. — *Kyste huileux de l'orbite.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 549; 6 octobre 1880.)

Fait analogue à ceux qui ont été rapportés auparavant par MM. Verneuil, Perrin, Albert (de Vienne), Le Dentu. Ces kystes sont caractérisés : 1° par leur siège à l'angle interne de l'orbite; 2° par leur origine congénitale; 3° par leur contenu analogue à de l'huile d'olives.

142. — *Suture des tendons des muscles de la région antérieure de la jambe.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XII, p. 362; 5 mai 1885, et p. 754; 13 octobre 1886.)

143. — *Rapport sur une observation présentée par M. le docteur Kirmisson et intitulée : Plaie de la région dorsale de la moelle par instrument tranchant.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XI, p. 857; 9 décembre 1885.)

144. — *Des kystes hydatiques de l'aisselle.* (*Semaine médicale*, p. 206; 23 mai 1888.)

Petit travail destiné à mettre en lumière des faits peu connus, bien qu'ils ne soient pas absolument rares, et dans lesquels les kystes hydatiques développés dans l'aisselle ont pu en imposer pour des tumeurs de diverses natures, particulièrement pour des engorgements ganglion-

naires. Il renferme quelques considérations sur les signes qui peuvent permettre d'arriver au diagnostic et sur le traitement de ces tumeurs qui consiste dans leur extirpation.

145. — *Quelques faits d'ectrodactylie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. X, p. 721 ; 29 octobre 1884.)

A l'occasion d'un fait rapporté par M. le Dr Guermonprez, je communique à la Société plusieurs cas rares d'ectrodactylie; et je présente le moulage d'une anomalie de développement curieuse des mains et des pieds.

146. — *Rapport sur deux observations de M. le docteur Houzel, intitulées : Polydactilie; amputation des doigts surnuméraires; — et bec-de-lièvre compliqué (gueule de loup); opération, guérison.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S.; t. X, p. 885; 3 décembre 1884.)

147. — *Épanchement traumatique d'huile.* (*Union médicale*, 1870, p. 360.)

Rédaction d'une leçon clinique de Gosselin où le professeur décrit une nouvelle variété d'épanchement traumatique dans le tissu cellulaire sous-cutané, épanchement constitué par un liquide huileux, et se rapprochant par certains caractères des épanchements de sérosité de Morel-Lavallée.

---

148. — *Rapport sur plusieurs communications de M. le docteur Rohmer (de Nancy) intitulées : 1° Kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant envahi toute la cavité abdominale; ouverture large au bistouri, suppuration, guérison en deux mois; — 2° de la cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie de la prostate; — 3° de la suture primo-secondaire des plaies.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. XIV, p. 487; 13 juin 1888.)

149. — *Traitement des ulcères de jambe pour l'incision circonférencielle.* (*France médicale*, p. 329; 1875.)

Exposition de la méthode de traitement inventée par Dolbeau et depuis lors attribuée à tort à Volkmann par les auteurs allemands.

150. — *Bubon strumeux inguinal et pelvien, simulant une coxalgie.* (*France médicale*, p. 575; 1874.)

151. — *Rapport sur une communication de M. le docteur Burq, intitulée : la métallothérapie en chirurgie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VI, p. 440; 7 juillet 1880.)

152. — *Rapport sur les mémoires présentés pour le prix Laborie.* (*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, N. S., t. VII, p. 36; 5 janvier 1881.)

---

§ 12. — **Leçons cliniques.**

153. — *Exstrophie complète de la vessie chez une jeune fille.* (Leçon recueillie par M. Albert Passant. — *Gazette des Hôpitaux*, 20 et 22 février 1883. — Voir aussi : *Semaine médicale*, IIIe année, n° 2; 11 janvier 1883.)

154. — *Abcès de la fosse iliaque d'origine lymphangitique*, par M. Picqué, chef de clinique. (*Gazette médicale de Paris*, 6e série, t. V, n° 2; 13 janvier 1883.)

Dans ce travail M. le Dr Picqué développe les idées que j'avais exposées dans une clinique quelques jours auparavant.

155. — *Pincement latéral de l'intestin dans une hernie crurale étranglée. Persistance du cours des matières.* (*Semaine médicale*, IIIe année, n° 42; 11 octobre 1883.)

156. — *Rétrécissement syphilitique du rectum.* (*Semaine médicale*, IIIe année, n° 49; 29 novembre 1883.)

157. — *Fracture de la base du crâne; rupture de la carotide interne; mort.* (Leçons recueillies par M. le docteur Piqué, chef de clinique.) (*Progrès médical*, p. 383; 1883.)

158. — *Paralysie de l'acoustique et du trijumeau, parésie du facial, carie du rocher.* (2 leçons recueillies par M. Maurice Hache.) (*Recueil d'ophtalmologie*, 3e série, IVe année, n° 1, p. 25; janvier 1883.)

159. — *Hernie irréductible.* — *Diagnostic du lymphadénome.* (Leçons recueillies par M. le docteur Paul Lucas Championnière.) (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, LIV[e] année, 3[e] série, p. 444; octobre 1883.)

160. — *Gangrène spontanée. Lipôme herniaire.* (Leçons recueillies par M. le docteur Paul Lucas Championnière.) (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, LIV[e] année, 3[e] série, p. 107; mars 1883.)

---

§ 13. — **Publications sur divers sujets d'anatomie.**

161. — *Recherches sur la conformation intérieure de la veine et des artères ombilicales.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1872, septembre, n° 5, p. 553, avec figures.)

Ce mémoire est fondé sur l'examen de préparations que j'avais faites pour un concours au prosectorat et qui sont actuellement encore déposées au musée Orfila.

J'avais retrouvé, et j'ai pu mettre hors de doute, l'existence de replis semilunaires faisant saillie dans l'intérieur du calibre des vaisseaux ombilicaux, artères et veines. Ces replis avaient été entrevus par Nicolas Hoboken; depuis lors leur existence dans les vaisseaux du cordon avait été méconnue et même formellement niée : elle ne fait plus aujourd'hui de doute pour personne.

162. — *Cerveau.* (Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 155-214, avec nombreuses figures.)

163. — *Corps opto-strié.* (Article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 684-717, avec de nombreuses figures.)

164. — *Distribution et parcours des différents ordres de fibres qui entrent dans la composition de l'axe cérébro-spinal, d'après quelques travaux modernes.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 2[e] série, t. 1; mars, mai 1874.)

Ces articles ont eu principalement pour but de faire connaître les résultats de certains travaux qui n'avaient encore été ni traduits ni ana-

lysés en français et de combler les lacunes existant à cette époque dans la plupart des descriptions classiques des centres nerveux. Aussi ne faut-il pas s'étonner de la part qui y est faite à la bibliographie et aux recherches étrangères.

Voir également p. 18, 22 et 30, les articles suivants :

40. — *Sur le développement, l'accroissement et la structure des os.*

57. — *Rotule, ligament et tendon rotuliens.*

90. — *Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du corps thyroïde.*

---

§ 14. — **Présentations diverses.**

165. — *Abcès de la protubérance, consécutif à une carie du rocher.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XIV, p. 146; 1869.)

166. — *Ramollissement superficiel ancien, consécutif à une embolie de l'artère sylvienne droite; hémorragies récentes avec unévrismes miliaires.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XIV, p. 148; 1869.)

167. — *Anévrisme du tronc basilaire s'accompagnant de gêne de la respiration.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XIV, p. 188; 1869.)

168. — *Tumeur sarcomateuse du fémur.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XV, p. 223; 1870.)

169. — *Séquestre invaginé dans la diaphyse du tibia atteint d'ostéo-sclérose.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XV, p. 420; 1870.)

170. — *Blessure du nerf radial et fracture du col de l'humérus, observées chez un homme qui mourut de scarlatine maligne.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XVI, p. 157; 1871.)

171. — *Cancer des vésicules séminales et de la prostate.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 2e série, t. XVI, p. 222; 1871.)

172. — *Gliômes développés sur le trajet des branches du nerf de la cinquième paire, chez la poule.* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, p. 225; mars 1873.)

173. — *Hernie crurale étranglée; opération; mort par suite de congestion pulmonaire.* (*Bulletin de la Société anatomique*, 5e série, t. VIII, p. 113; 1873.)

---

174. — Rapport sur les opérations du Jury des récompenses pour la classe 14 (médecine et chirurgie) à l'Exposition universelle de 1889.

V. — PIÈCES ANATOMIQUES DÉPOSÉES AU MUSÉE ORFILA

Je signalerai d'abord, parmi ces pièces, celles qui sont cataloguées sous les nos 220, 221, 222, 236, 237, 238, 239, 240 et 241; ces préparations, exécutées par corrosion, représentent la circulation placentaire et les vaisseaux du cordon ombilical. C'est sur ces pièces que je me suis fondé pour démontrer l'existence des valvules, non seulement dans les veines, mais dans les artères ombilicales.

Parmi les autres pièces que j'ai déposées au ~~musée à l'occasion~~ de concours, se trouvent quatre préparations, sur la moelle épinière, les méninges spinales, les origines des nerfs rachidiens dans leurs rapports avec le grand sympathique. Elles sont cataloguées sous les numéros 57, 63, 64 et 233.

La pièce n° 233, qui montre les relations du grand sympathique et des plexus principaux qu'il forme sur les gros troncs vasculaires, avec les racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens et avec les principaux nerfs craniens, est une des plus complètes que possède le musée.

Je mentionnerai seulement les préparations sur les vaisseaux sanguins du coude de l'avant-bras et de la main, nos 52, 130, 133 et 138, — sur le creux poplité, n° 165, — et la pièce n° 33 sur les aponévroses du pli de l'aine.

TABLE DES MATIÈRES

Sceaux. — Imprimerie Charaire et fils.